THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Travail du service de M. le Professeur Léon BERNARD
Crèche de l'Hôpital Laënnec

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René-David ABOULKER

Né le 7 avril 1889 à Alger

NOTE

SUR

LA FORME FLORIDE

de la Tuberculose du Nourrisson

Président : M. LÉON BERNARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

192

LAENNEC LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET GOSSET LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE Henri	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de toute ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

77417

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Professeur d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé ROBERT DEBRÉ

Chef de Laboratoire à l'hôpital Laënnec

Nous ne saurions lui être assez reconnaissant pour l'intérêt qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Je remercie M. Joannon pour l'aide qu'il m'a apporté dans la rédaction de cet ouvrage.

NOTE SUR LA FORME FLORIDE

DE LA

TUBERCULOSE DU NOURRISSON

La tuberculose du nourrisson a été longtemps considérée comme presque fatale. En ces dernières années une réaction s'est dessinée contre cette opinion. Certains pédiâtres ont, en effet, rapporté des faits qui témoignent que la survie d'un nourrisson infecté par le bacille de Koch ne constitue nullement une éventualité exceptionnelle.

Cette révision du pronostic classique a son origine dans le changement des conditions d'observation.

La tuberculose du premier âge ne peut qu'apparaître d'une gravité extrême si on l'étudie, comme la plupart des auteurs l'ont fait jusqu'à présent, dans un hôpital d'enfants malades. Les formes de tuberculose qu'on rencontre dans un tel milieu sont, en effet, presque exclusivement des formes sévères. Tantôt le nourrisson est amené avec des symptômes graves et succombe rapidement. Tantôt il ne présente, à l'hôpital que des signes discrets, laissant au premier abord espérer une évolution favorable, mais il retombe dès sa sortie dans le foyer de contamination familiale, où il est victime de surinfections qui entraînent finalement la mort. La grande fréquence des

faits correspondant à l'une ou l'autre de ces alternatives explique que le clinicien qui en est témoin soit amené à conclure que, dans le premier âge, la tuberculose ne pardonne pas.

Ce pessimisme s'atténue, on observe, non plus dans un hôpital d'enfants malades, mais dans une collectivité de nourrissons dont bon nombre sont sains, au moins en apparence. En soumettant à l'épreuve de la tuberculine, tous les nourrissons, malades ou bien portants, d'une pouponnière, d'une consultation ou d'une crèche, on s'aperçoit qu'une assez forte proportion de sujets en bonne santé apparente, réagissent positivement. Si on ne perd pas de vue ces enfants, on constate qu'ils continuent à vivre en très bonne santé.

Il y a plus, pour que soit exactement appréciée dans tous les cas, la gravité de l'infection tuberculeuse initiale, une autre condition est nécessaire : l'enfant doit être séparé de la source du contage. Seule cette mesure permet d'éliminer le rôle si important des surinfections. Si un nourrisson déjà tuberculisé, retourne auprès d'un tuberculeux contagieux et, est ainsi exposé à de nouvelles infections fréquentes et massives, les risques de mort qui le menacent se trouvent multipliés. Lorsque, le dénouement fatal s'étant produit, on voudra élucider les causes qui ont déterminé l'évolution mortelle, on sera fort embarrassé pour faire le départ entre ce qui est imputable à l'infection première et ce qui est à la charge des surinfections. Comment réfuter, dès lors, l'opi-

nion des auteurs qui prétendent qu'un tel nourrisson même sans nouvelles infections, serait mort, des suites de la contamination primitive ?

Les deux conditions dont nous venons de parler, collectivité de nourrissons avec forte proportion de sujets en apparence sains, observation prolongée de ces enfants à l'abri de toute surinfection, se trouvent réalisées à la crèche de l'hôpital Laënnec, telle que l'ont réorganisée nos maîtres le professeur Léon Bernard et le professeur agrégé Robert Debré. Dans cette crèche spéciale sont envoyées des mères atteintes ou suspectes de tuberculose pulmonaire, accompagnées de leurs nourrissons. Un grand nombre de ces femmes malgré les soupçons qui ont pesé sur elles sont reconnues indemnes de tuberculose. D'autre part, le recrutement étant surtout assuré par les maternités, c'est souvent peu de jours après l'accouchement que mères et enfants arrivent à la crèche. Il résulte de ces deux faits que les nourrissons, à leur entrée, ne sont pas tous malades, mais qu'au contraire beaucoup offrent toutes les apparences d'une excellente santé. Chez tous on pratique systématiquement la cuti-réaction en série, afin de reconnaître ceux que le bacille de Koch a infecté.

La deuxième condition exigée : séparation entre le nourrisson et l'individu contaminant est ici indispensable, le nourrisson étant dans l'immense majorité des cas infecté par sa mère. Cette séparation entre la mère tuberculeuse et son nourrisson qui doit être le principe fondamental de la lutte contre

la tuberculose du premier âge, constitue la caractéristique essentielle de la crèche de l'hôpital Laënnec. Elle est précoce, grâce aux relations établies avec les organismes de recrutement. Elle est absolue du fait de l'organisation intérieure qui réserve aux mères et aux enfants deux locaux distincts. Enfin elle elle est prolongée, car la crèche dispose de foyers de placement familial pour tout petits, où sont dirigés non seulement les nourrissons qu'a épargnés l'infection mais encore ceux qui sont légèrement infectés. Cette dernière mesure est d'une importance capitale. Elle permet d'observer les enfants pendant des mois et des années après leur tuberculisation, en les mettant à l'abri de toute nouvelle contamination.

Ces conditions ont permis à MM. Debré et Joannon d'étudier la forme floride de la tuberculose du nourrisson à laquelle nous voulons consacrer le présent travail.

II

DÉFINITION

Que faut-il entendre par forme floride ?

Une distinction est d'emblée à faire entre la forme floride de la tuberculose du nourrisson et l'aspect floride du nourrisson tuberculeux.

Si nous ne voulions parler que de l'aspect floride notre étude serait inutile. L'existence des cuti-réactions positives avec des nourrissons de belle apparence est un fait banal. Dans les conditions ordinaires, le sort qui est réservé à ces enfants, si aucune mesure prophylactique ne vient les protéger contre les surinfections est toujours le même. Au bout d'un délai variable, on assiste, comme on l'a décrit maintes fois, à l'apparition de signes de généralisation tuberculeuse. L'histoire de ces nourrissons peut le plus souvent se scinder en trois épisodes. Le premier se passe à l'hôpital qu'après un séjour plus ou moins long l'enfant quitte en bon état, porteur seulement d'une cuti-réaction positive ; le second se déroule dans la famille où le nourrisson se surinfecte auprès d'un proche tuberculeux ; le troisième se passe à nouveau à l'hôpital où les parents

ramènent leur enfant atteint de granulie, de méningite ou de broncho-pneumonie. La mort du petit malade confirme chez le clinicien l'impression de la fatalité de la tuberculose du nourrisson, en dépit d'un aspect floride éphémère.

Or la forme floride n'est pas cet aspect passager. On pourrait dire, en évoquant l'exemple précédent, qu'elle est le premier acte indéfiniment prolongé. Elle est autre chose ou plutôt quelque chose de plus que l'aspect floride : elle est cet aspect perpétué, au point qu'on peut considérer la tuberculose comme non évolutive et admettre une véritable guérison. C'est ce facteur nouveau de la pérennité de l'aspect floride, appréciable seulement avec le temps qui justifie l'existence de la forme floride.

Mais l'observation met en relief un second facteur, qui explique la genèse de cette forme : c'est la faible dose contaminante.

On peut donc dire que la forme floride est réalisée par tout nourrisson qui tuberculisé, ainsi qu'en fait foi la cuti-réaction, mais contaminé faiblement comme l'indique l'enquête étiologique, présente au cours d'une observation très prolongée, un aspect floride durable.

Les faits qui ont permis de préciser les caractères de cette forme seront exposés dans un mémoire prochain par MM. Debré et Joannon. Nous ne saurions ici en donner le détail. Nous voulons seulement résumer les conclusions d'ordre général qui se dégagent des observations recueillis par ces auteurs.

Le temps nous a manqué pour faire des recherches bibliographiques complètes. Aussi avons-nous préféré ne faire aucune citation, nous excusant auprès des auteurs dont nous ne rappelons pas les travaux.

Ainsi qu'on vient de le voir, trois éléments contribuent à individualiser la forme floride, qui sont : la faible contamination initiale, l'absence de signes cliniques, l'évolution favorable. Nous allons passer en revue chacun de ces points, ce qui revient et partant, à envisager successivement les caractères étiologiques, cliniques et évolutifs de la forme floride.

III

CARACTÈRES ÉTIOLOGIQUES

L'étude attentive des conditions du contage révèle, en général, un certain nombre de particularités. Elles ont trait soit au degré de contagiosité du sujet contaminant, soit à la durée du contact entre ce sujet et le nourrisson, soit enfin à l'intimité de ce même contact.

1° *Le degré de contagiosité du sujet contaminant* est très souvent faible.

En général, c'est la mère qui a infecté son enfant. Son degré de contagiosité peut être apprécié par l'examen de l'appareil respiratoire complété par l'analyse bactériologique des crachats.

Parfois, au moment où la mère est examinée, la tuberculose n'est plus en activité. Les explorations stéthacoustique et radioscopique ne révèlent que des lésions éteintes ; les crachats de la malade ne sont pas bacillifères. Cependant, l'interrogatoire apprend que quelques semaines ou quelques mois auparavant, cette femme a présenté les signes d'une poussée évolutive fugace. Il s'est agi d'une forme abortive dont la nocivité ne saurait être comparée à celle des formes fibro-caséuses progessivement destructives.

Inversement on peut observer une mère dont l'état empire rapidement et qui, au bout de quelques semaines de séjour à l'hôpital, présente des spélonques bilatérales avec état général grave. On ne serait pas fondé à induire de son état actuel que sa contagiosité fut grande avant son entrée à l'hôpital. Parfois en effet, l'analyse des antécédents montre que le début de la poussée de tuberculose a précédé de peu l'entrée à l'hôpital, et que la malade avant son arrivée avait une contagiosité encore peu marquée. En ce qui concerne au moins la pneumonie caséeuse, on sait que souvent l'expectoration n'est pas d'emblée très bacillifère.

Lorsque la contamination ne vient pas de la mère, on essaye également d'apprécier par l'examen et l'interrogatoire le degré de contagiosité du tuberculeux responsable de l'intection. Parfois on est ainsi amené à découvrir qu'un parent âgé, vieux tousseur considéré depuis longtemps comme emphysémateux et bronchitique chronique, présente en fait une tuberculose fibreuse, à évolution torpide et apyrétique donnant lieu à une expectoration dont la richesse en bacilles de Koch est faible et intermittente.

Enfin, en dehors de la tuberculose pulmonaire, les bacilles de Koch peuvent émaner de déterminations ostéo-ganglionnaires suppurées, peu contagieuses.

2° *La durée du contact infectant* se déduit le plus souvent, elle aussi, de l'interrogatoire patient de la mère. Si l'on précise pas à pas l'état de la mère

depuis l'accouchement jusqu'au moment de l'examen, on peut constater par exemple que la mère, bien portante non seulement pendant la grossesse, mais même pendant les premiers mois de l'allaitement, n'a présenté qu'assez tardivement les signes initiaux d'une tuberculose pulmonaire. Le début n'a précédé que de quelques semaines, quatre à six par exemple, l'arrivée et la séparation à la crèche de la mère et de l'enfant, la durée du contact se trouve réduite à cette période.

Dans les cas de tuberculose abortive dont nous avons précédemment parlé, la durée du contact infectant se confond avec celle de la poussée éphémère qui souvent n'a été que de quelques semaines.

3° *L'intimité du contact* joue dans la détermination de cette forme clinique un rôle considérable.

En particulier, l'intérêt pratique qu'il y a à savoir si la contamination est imputable ou non à la mère, est très grand.

Si c'est la mère qui a infecté son enfant, on trouve souvent dans les cas de forme floride ce qu'on pourrait appeler des « circonstances atténuantes » qui ont diminué l'intensité du contage. Parfois la mère se sachant tuberculeuse et ayant la notion de la gravité de la maladie, a pris des précautions : elle n'embrassait pas son enfant, tenait son berceau assez loin de son lit, évitait de tousser auprès de lui et faisait constamment usage d'un crachoir de poche.

D'autres fois la mère, souvent en raison même de son état de fatigue, a diminué, sans le savoir, les

risques de contamination. Elle a nourri son enfant au biberon au lieu de l'allaiter au sein. Elle l'a couché dans un berceau et non dans son lit.

Lorsque la contamination ne provient pas de la mère, la nocivité, à degré de contagiosité est moindre, car il va de soi que l'intimité du contact est plus restreinte. Le pourcentage de ces cas est plus élevé dans la forme floride que dans la tuberculose du nourrisson en général. En d'autres termes, un nourrisson qui est infecté par une personne autre que sa mère a plus de chance de présenter une forme floride que si la contamination avait été maternelle. Le sujet contaminant peut être un proche, père, oncle, etc., un commensal ou un voisin. Presque toujours on apprend que ses rapports avec le nourrisson ont été lointains, restreints et intermittents.

On voit tout ce qu'apprend l'étude minutieuse des antécédents de la mère ou d'une façon plus générale, du sujet contaminant les antécédents ne sont pas moins utiles à connaître que ceux de l'enfant lui-même. L'importance pathogénique de ces conditions est primordiale. En matière de tuberculose du nourrisson la question de la dose domine la marche du processus infectieux (1). A doses fortes formes sévères. A doses faibles formes clémentes. Une contamination légère, permise par des circonstances particulières, est la condition initiale nécessaire de la forme floride. C'est elle qui commande l'évolution

1. Cf. Debré, Paraf et Dautrebande, *Etude sur la période anti-allergique* (*Ann. de Méd.*, 1921).

favorable. L'infection qu'elle entraîne lui doit sa physionomie clinique. La longueur de l'incubation, le caractère silencieux et spontanément curable de la maladie dérivent de l'indigence de la contamination originelle.

IV

CARACTÈRES CLINIQUES

Une belle apparence, une cuti-réaction fortement positive, une adénopathie hilaire radiologiquement décelable, telles sont les trois caractéristiques cliniques que l'examen révèle.

Le nourrisson a été contaminé et, cependant son état général reste bon, son développement se fait bien. Aucun signe morbide ne peut être révélé au niveau des différents appareils. Ses fonctions digestives sont normales. L'enfant absorbe la ration alimentaire qu'un nourrisson de son âge doit recevoir ; il digère bien ; ses selles sont normales et réguliéres. Son foie et sa rate ne sont pas augmentés de volume. Son ventre est souple et non ballonné. L'appareil respiratoire est également exempt de tout trouble. L'enfant ne tousse pas ; l'examen stéthacoustique demeure négatif ; même au niveau des régions interscapulo-vertébrales, la percussion et l'auscultation restent muettes, on ne décèle que des nuances difficiles à percevoir ou à interpréter. La taille et le poids du nourrisson sont normaux. Le système squelettique est indemne des lésions rachitiques

appréciables ; il n'existe pas de retard sensible de la dentition. Aucune adénopathie périphérique n'est constatable. La peau de l'enfant est colorée, le pannicule hypodermique ferme. L'enfant dort bien, se montre vif et gai, bref présente tous les indices extérieurs de la santé la plus parfaite.

Sur un tel enfant la cuti-réaction positive est une surprise. Comme nous le redirons, cette épreuve peut rester pendant longtemps négative et devenir enfin positive. C'est-à-dire la nécessité des cuti-réactions en série répétées par exemple tous les huit jours lorsqu'elles sont négatives. La cuti-réaction de la forme floride est une cuti-réaction fortement positive. Elle est précoce, apparaissant au bout de vingt-quatre heures. Elle donne une grosse papule érythémateuse, entourée d'un large halo rosé. Elle se coiffe souvent au centre d'une vésicule qui en se desséchant laisse une petite croûte brunâtre. Enfin il n'est pas rare d'observer à distance de cette grosse papule de petites papules filles dues au transport par frottement, de traces de tuberculine qui, malgré l'absence de scarifications préalables, réussissent à pénétrer dans la peau et à y provoquer un phénomène rappelant la réaction percutanée de Moro.

Cette cuti-réaction positive est le signe révélateur de la tuberculisation du nourrisson. Sans elle, la preuve de l'infection tuberculeuse ne pourrait être faite et les nourrissons ressortissant à la forme floride passeraient pour de beaux enfants absolument sains et normaux.

Si l'examen somatique usuel reste négatif, l'investigation radiologique est par contre positive. Ses résultats viennent s'ajouter à ceux de l'exploration tuberculinique. En effet, la radiographie instantanée montre une adénopathie hilaire souvent bilatérale, parfois visible seulement à droite, en raison de la présence du cœur. L'ombre ganglionnaire a une forme arrondie ou ovalaire, les dimensions d'une noisette ou d'une petite noix ; on la voit souvent traversée par la clarté oblique de la branche principale. Parfois on peut, au niveau d'une base, reconnaître une petite plage opaque correspondant vraisemblablement au « chancre d'inoculation. »

En résumé, on peut dire que ces nourrissons, d'une santé florissante n'ont d'autre signe de tuberculose qu'une cuti-réaction fortement positive et une image radiographique d'adénopathie trachéo-bronchique.

V

CARACTÈRES ÉVOLUTIFS

Ils sont au nombre de deux : l'un est la longueur de la période anti-allergique, l'autre est la persistance de l'état que nous venons de décrire.

La période anti-allergique étudiée par MM. Debré et Jacquet est une véritable période d'incubation, intermédiaire à la contamination et à l'apparition de la première cuti-réaction possitive inaugurant l'état allergique. La durée varie de quelques jours à trois mois et plus. Ainsi que ces auteurs l'ont montré, cette période est d'autant plus longue que la dose infectante est plus faible. Cette règle se vérifie dans la forme floride. Lorsqu'il est possible d'évaluer la durée de la période anti-allergique, elle apparaît longue de plusieurs semaines, un ou deux mois, parfois davantage. Ce fait est le corollaire de ceux que l'étude des conditions du contage a déjà montré. Il est la première preuve clinique de la faible dose infectante.

La longue durée de la période anti-allergique fait comprendre que si la cuti-réaction n'était renouvelée

en série, un grand nombre de formes florides resteraient méconnues.

La persistance d'aspect floride constitue le symptôme décisif de cette forme clinique. Quel délai y a-t-il lieu d'exiger pour admettre l'existence de la forme floride ? Nous adoptons les points de repère proposés par MM. Debré et Joannon et estimons que relèvent de cette forme, les nourrissons qui, infectés dans le premier semestre de la vie, franchissent le cap de la première année, et, ceux qui, infectés avant dix-huit mois, dépassent la deuxième année. Cette survie est un minimum.

Durant cette survie l'état des enfants reste pleinement satisfaisant. C'est à peine si parfois un petit incident fortuit se produit, de l'ordre de ceux qui peuvent survenir chez les plus beaux nourrissons. Ces troubles qui consistent, par exemple, en un peu de coryza ou de diarrhée ont pour caractère d'être légers et éphémères, ne menaçant en rien l'état général ni la croissance. De même ces enfants ne sont pas à l'abri de maladies contagieuses intercurrentes. Mais le fait qu'ils les supportent sans dommages témoigne de leur faculté de résistance.

Abstraction faite de ces épisodes anodins, la santé de ces enfants, reste donc florissante. Bon nombre des enfants, observés par nous, séparés de leur mère ont été envoyés en placement familial à la campagne. Tous grandissent sains et vigoureux. Leur développement corporel est normal, leur état général est excellent. Rien ne dénoncerait chez eux l'infection

tuberculeuse si ne persistait la cuti-réaction positive.

En résumé, ces enfants donnent la preuve que malgré la contamination en bas âge, l'organisme peut présenter une tolérance remarquable au bacille de Koch.

VI

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Les observations qui ont permis d'étudier cette forme clinique seront publiées par MM. Debré et Joannon.

Nous en donnons ci-après le résumé très sommaire. Nous ne reviendrons pas sur les caractères de la forme clinique qu'on retrouve chez tous ces enfants. Ce que nous voulons mettre en évidence c'est l'importance des survies qui constituent un critérium objectif de la plus grande valeur.

Les survies que nous indiquons sont calculées à partir de la séparation d'avec le sujet contaminant.

Obs. 1. — M... Suzanne, infectée par sa mère dans les premiers mois de sa vie ; séparée de sa mère à 2 mois ; le 1er juin 1921, âge : 27 mois ; survie : 25 mois.

Obs. 2. — D... Marguerite. Infectée durant les premiers semestres de son existence par un oncle atteint de tuberculose pulmonaire fibreuse à évolution potidre séparée de celui-ci après le sixième mois ; le 1er juin 1921, âge : 15 mois ; survie : 9 mois.

Obs. 3. — G... Jacqueline. Infectée durant le cinquième et le sixième mois de sa vie par sa mère atteinte de tuberculose

abortive ; séparée de sa mère à partir du septième mois ; le 1er juin 1921, âge : 26 mois ; survie : 19 mois.

Obs. 4. — P... Pierre. Infecté avant le dix-huitième mois par son père atteint de coxalgie ; rapports peu intimes avec lui ; le 1er juin 1921, âge : 3 ans ; survie : 22 mois et demi (calculée depuis la première cuti-réaction positive, observée à l'âge de 14 mois).

Obs. 5. — D... Jeanne. Infectée avant le dix-huitième mois par sa mère ; séparée de celle-ci à seize mois ; le 1er juin 1921, âge : 3 ans et 7 mois ; survie : 27 mois.

Obs. 6. — V... Germaine. Infectée par sa mère avant dix-huit mois ; séparée de celle-ci à quatorze mois ; le 1er juin 1921, âge 21 mois ; survie : 7 mois.

Obs. 7. — G... Paul. Infecté malgré de grandes précautions aux neuvième et dixième mois de son existence par sa mère ; séparée de celle-ci à dix mois et demi ; le 1er juin 1921, âge : 18 mois ; survie 7 mois et demi.

Ces deux dernières observations sont jointes aux précédentes bien que ne rentrant pas dans les limites de temps plus haut précisées.

VII

DÉDUCTIONS PRATIQUES

Tout ce que nous avons dit nous dispense de nous étendre sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la forme floride. Ils reposent sur les deux conditions dont nous avons en cours de route souligné l'importance : séparation précoce de l'enfant d'avec tout tuberculeux contagieux ; observation prolongée, à l'abri de toute surinfection. Ces deux conditions résument le traitement. Elles permettent en même temps de faire le diagnostic et le pronostic qui par définition est excellent.

Quant à la fréquence de cette forme elle demande pour être exactement évaluée un grand nombre de documents qui seront assimilés avec le temps. Si on en juge d'après les faits observés à la crèche de l'hôpital Laënnec, cette forme clinique ne constitue pas une exception : en moyenne sur huit nourrissons reconnus tuberculeux un présente cette forme de tuberculose.

La preuve de l'existence de cette forme, jointe à la notion de sa fréquence relative démontre que la tuberculose du nourrisson est souvent compatible

avec une survie qui équivaut à une guérison clinique.

Au reste la forme floride n'englobe pas tous les cas de tuberculose clémente du nourrisson. A côté de l'atteinte minima que cette forme réalise, il faut placer les infections légères encore que moins discrète, qui ne s'accompagnent que de signes frustes mais qui, ainsi que l'expérience de la crèche de Laënnec a permis de le constater, peuvent elles aussi évoluer favorablement. Nombreux en effet sont dans les centres de placement familial les enfants tuberculeux qui envoyés à la campagne avec des symptômes légers y sont devenus fort et valides.

La forme floride contribue donc pour une large part à montrer que la tuberculose du nourrisson ne tue pas avec la constance qu'on a dit. Elle prouve que le salut du nourrisson tuberculisé est possible si l'on suspend promptement le contage. Cette notion doit animer toute l'organisation de la lutte contre la tuberculose du premier âge. Elle consacre le principe de la séparation obligatoire entre nourrissons et tuberculeux contagieux. Elle rend nécessaire les plus grands efforts en vue de la création de multiples œuvres de prophylaxie, plus particulièrement de crèches spéciales du type de celle de l'hôpital Laënnec et de foyers de placement familial pour tout petits.

CONCLUSIONS

1° La forme floride de la tuberculose du nourrisson ne doit pas être confondue avec l'aspect floride du nourrisson tuberculeux.

Cette forme clinique n'est pas une phase éphémère, mais un état durable.

2° Trois éléments : étiologique, clinique et évolutif assurent son individualité :

a) *La petite dose infectante* qui découle de conditions de contage favorables : faible contagiosité du sujet contaminant, courte durée du contact infectant, contact peu intime.

b) *L'état de santé florissant* qui coïncide avec : une cuti-réaction fortement positive, survenant après une longue période anté-allergique et avec une adénopathie hilaire décelable seulement aux rayons X.

c) *La très longue durée de cet état.*

3° L'existence de cette forme dont la fréquence est relativement grande démontre que, contrairement à l'opinion classique, la tuberculose du nourrisson est

souvent clémente, mais que cette évolution favorable est subordonnée à la suppression des surinfections, qui doit être l'objectif principal de la lutte contre la tuberculose du premier âge.

Vu : le président de la thèse,
LÉON BERNARD

Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 5169-21